

# MÉMOIRE en MARCHÉ

Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne et de Franche-Comté

## L'ÉDITO du président

*L'année 2014 est riche en commémorations.*

*Pour les plus médiatisées citons, le centenaire du déclenchement du 1<sup>er</sup> conflit mondial, et le 70<sup>ème</sup> anniversaire du débarquement des alliés en Normandie.*

**M**émoire en marche ne pouvait occulter ces grands événements historiques, leurs millésimes correspondants marquent des étapes dans la longue construction du système français de protection sociale.

Dans ce *Mémoire en marche*, vous trouverez quatre articles en rapport avec les époques des deux guerres mondiales. D'abord Vincent Viet brosse un vaste tableau de la santé publique pendant la Grande Guerre. Et, conflit oblige, c'est au niveau du Service de santé militaire (SSM) que cette politique s'exprima en premier lieu. S'agissant des régimes des populations civiles, celui des mines peut revendiquer une longue ancienneté puisque consacré par la création d'une caisse nationale en 1914, après avoir fait l'objet d'une mise en place obligatoire par une loi de 1894. Françoise Fortunet nous en fait l'histoire en remontant aux sources.

collection Daniel Weber



La 1<sup>ère</sup> Guerre Mondiale fait penser, au niveau pathologies, à la grippe espagnole. Dans son article qui retrace l'histoire de cette épidémie, Daniel Weber nous rappelle que la grippe espagnole a tué, selon les sources, de 50 à 100 millions de personnes en 2 ans.

**1944 : La Déclaration de Philadelphie**  
Elle précède la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, reconnaît notamment la nécessité de programmes de sécurité sociale, de protection de la santé des travailleurs, de l'enfance et de la maternité. Revenant à des aspects plus techniques du monde de la protection sociale, Hervé Auclair répond à la question : *Qui a inventé le numéro de Sécurité sociale ?*, puis présente une histoire de la tarification en matière hospitalière. *Mémoire en marche* poursuit sa série de témoignages avec les souvenirs de Bernard Balanche concernant le paiement des prestations familiales à la Caf de Besançon. Le Doubs est également mis à l'honneur avec une histoire de l'Urssaf du département que nous relate Jean-Louis Ginisty.

### L'aventure Parmentier

Le nom de Parmentier est définitivement associé à la pomme de terre. Mais quel est son véritable rôle dans la diffusion de ce légume en Europe et en France ? S'intéresser à cette seule question, ce serait oublier son rôle dans des domaines tels l'hygiène sanitaire et la santé. L'article co-signé par Hervé Auclair nous relate la véritable aventure que fut la vie d'Antoine Parmentier.

Événements du comité régional d'histoire plus contemporains, un compte rendu de l'assemblée générale de mars 2014 et un exposé sur le colloque de Dijon 2013 portant sur les recherches-actions collaboratives clôturent ce bulletin. ●

## Sommaire

### PAGES

- 2 > *La santé publique pendant la Grande Guerre*
- 3 - 4 > *Aux fondements de la Sécurité sociale minière  
Les lois de 1894 et 1914*
- 4 - 5 > *La grippe espagnole*
- 6 > *La déclaration de Philadelphie*
- 6 - 8 > *Hospitalisation  
Du prix de journée à la T2A*
- 9 > *Paiement des prestations familiales*
- 10 > *L'histoire de l'Urssaf de Doubs*
- 11 > *Antoine Parmentier*

- 12 - 13 > *L'assemblée générale du Comité régional*
- 14 - 15 > *Le colloque de Dijon 2013*
- 16 > *Qui a inventé le N° de Sécurité sociale ?  
Clin d'oeil*



Sur le site du Comité régional, vous trouverez de nombreux témoignages sur les métiers de la Sécurité sociale. N'hésitez pas à vous y rendre !

[www.travailler-securite-sociale.fr](http://www.travailler-securite-sociale.fr)



Justin Godart

# La santé publique pendant la Grande Guerre

La conférence de Vincent Viet commence par un double constat

1- Dans l'histoire des politiques sanitaires, la Grande Guerre représente un moment à part. Pour la première fois, en France, une politique nationale de santé publique de très grande ampleur a été mise en œuvre, mais elle a été abandonnée au sortir de la guerre. Il est ainsi impossible d'établir une quelconque filiation entre cette politique et celle, également nationale, apparue dans les années 1950.

2- Ce hiatus ne doit pourtant pas éclipser les analogies entre le système de santé mis en place pendant la guerre et celui que nous connaissons depuis les années 1980 : qu'il s'agisse des procédures de veille, d'alerte, d'accréditation, du contrôle et de la régulation par l'Etat, de la promotion des « bonnes pratiques médicales », du principe de précaution..., les correspondances sont nombreuses et troublantes.

Cette politique remonte à la création d'un sous-secrétariat d'Etat au service de santé militaire (SSESSM), en juillet 1915. Elle s'articule, dès ce moment, autour :

- 1- des soins à donner aux malades et aux blessés de guerre ;
- 2- leur récupération au profit des armées et de l'économie de guerre ; à défaut, leur réinsertion dans la société civile et le monde du travail ;
- 3- la protection sanitaire du pays, c'est-à-dire les soins à la population civile et la défense sanitaire des populations civile et militaire contre les épidémies ;
- 4- l'hygiène sociale à travers la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes et, dans une moindre mesure, alcoolisme et cancers).

On peut affirmer qu'elle est née d'une réaction parlementaire contre les insuffisances flagrantes du Service de santé militaire (SSM) au cours des cinq premiers mois des hostilités. Les commissions parlementaires ont obtenu qu'un civil soit nommé à la tête du SSM, et leur choix s'est porté sur le radical socialiste Justin Godart. Trop âgé pour être mobilisé, cet avocat des travailleurs s'était engagé comme simple infirmier volontaire. Appelé par le président du conseil, René Viviani, il est nommé à la tête du SSESSM (avec rang de ministre puisqu'il était responsable de sa politique devant le Parlement) et prend, à ce titre, la direction théorique du SSM. Deux missions fondamentales lui sont confiées par ses collègues parlementaires : réorganiser le SSM dans un sens conforme aux intérêts des blessés en fluidifiant la chaîne des évacuations ; et établir un contrôle parlementaire aux armées, ce qui n'avait rien d'évident puisque le Gouvernement considérait que le Haut commandement était souverain dans la zone des armées. Par conséquent, le SSM s'est retrouvé sous la responsabilité, effective en Zone Intérieure (ZI) mais théorique dans la Zone des Armées (ZA) d'un civil qui concentrait sur son image tout ce que la caste militaire détestait : Godart n'était ni militaire ni médecin, mais député et avocat, c'est-à-dire inutilement bavard aux yeux d'une Grande Muette qui lui reprochait d'avoir été pacifiste et dreyfusard !

Dès sa nomination, Godart s'est efforcé, non sans succès, de transformer le maillage sanitaire de la zone intérieure (mis en place à l'automne 1914) en système de santé. Mais sa politique a dû composer avec de très lourdes contraintes :

- le cours imprévisible de la guerre, même si la stabilisation des lignes a permis de l'automne 1914 à la reprise de l'offensive en janvier 1918 d'augmenter considérablement la capacité hospitalière dans les deux zones ;
- l'armement qui a conditionné les formes cliniques des blessures (d'où l'importance du triage) ; la menace épidémique ;
- la pression militaire et économique pour récupérer le maximum de blessés (60 000 par mois) qui a produit des effets pervers (zèle de certains médecins et stratégies individuelles et collectives d'évitement : simulations, blessures et intoxi-

Les situations ne sont évidemment pas les mêmes, mais l'expérience de 14-18 peut aider à comprendre la difficulté de notre système de santé actuel à concilier deux gestions distinctes de la santé : par les coûts et par les risques ? Seule la seconde a, pendant la guerre, prévalu, et des décisions engageant le pronostic vital de centaines de milliers de blessés et malades ont dû être prises à chaud, sous la menace conjointe des armes et des épidémies.

Nous sommes donc en présence d'un moment « idéal » pour le gouvernement des risques, mais aussi d'un cas d'école puisque les pouvoirs publics ont eu pleine autorité sur le corps médical. D'où l'intérêt d'examiner successivement la manière dont cette « politique mort-née » s'est construite, les contraintes ayant pu peser sur elle, et les raisons de sa disparition.

cations volontaires ou de refus de soins) ;

- et enfin, la frontière étanche qui existait entre les deux zones : Godart devait prendre ses décisions à l'aveuglette sans avoir la possibilité de prévoir ou d'adapter son action aux besoins réels de la ZA.

Or ces contraintes ont produit des effets sur la manière d'administrer la santé publique. Elles ont favorisé un empirisme de l'action qui a nourri une forte propension à justifier et légitimer des décisions prises dans le feu de l'action. Elles ont aussi développé un empirisme de l'observation qui a permis de rationaliser le triage, l'évacuation des blessés et les premiers gestes chirurgicaux. Mais la contrainte organisationnelle (absence de liaison entre les deux zones) n'a pu être desserrée qu'à l'occasion du désastre sanitaire du Chemin des Dames (engorgement de plusieurs hôpitaux d'évacuation). Accusé d'avoir commis de graves erreurs, Godart a clairement établi la responsabilité du GQG, mais il a surtout obtenu l'autonomie du SSM : désormais, celui-ci sera responsable de l'exécution de ses propres décisions et associé, dans tous les états-majors, aux décisions de la stratégie militaire (décret de mai 1917). Sa victoire a eu deux conséquences : elle a rendu la société civile et le Haut Commandement cogestionnaires ou coresponsables des ressources humaines de la Nation en armes (ce qui s'est traduit par la réduction du nombre des morts et des blessés, en phase offensive) et elle a permis d'étendre à la ZA le système de soins et l'organisation prophylactique que Godart avait organisés en ZI. C'est précisément cette unification qui a fait émerger une politique nationale de santé publique.

Pourquoi donc cette politique qui mobilisa plus de 168 000 non combattants et donna lieu à des rendements stupéfiants (plus de 90% de récupération en 1918 !) a-t-elle disparu en 1918 ? Son obsolescence était, à vrai dire, programmée, puisque l'aménagement des lits hospitaliers s'est fait pour 12% dans le parc des hôpitaux civils, et pour 88% en dehors (500 000 lits en ZI et 200 000 en ZA). La militarisation de la santé publique n'a en fait ni freiné ni accéléré la médicalisation de l'hôpital civil (dont la fonction asilaire était dominante) dont les dépenses pharmaceutiques ont stagné entre 1913 et 1920. En outre, les pouvoirs publics se sont ingéniés, au sortir de la guerre, à reporter les dépenses de santé (qui avaient considérablement augmenté du fait de la gratuité des soins et des médicaments) sur la population elle-même, dont l'acculturation à la santé avait été puissamment favorisée par la mobilisation de sa fraction la plus jeune et robuste. Il existait, au-delà du discours (antiétatique) des syndicats médicaux, une sorte d'alliance objective entre les médecins libéraux, désireux de recouvrer toutes leurs prérogatives perdues pendant les hostilités, et l'Etat qui ne pouvait se passer de leurs concours pour organiser une santé financée par les patients eux-mêmes.

# Aux fondements de la Sécurité sociale minière

## Les lois de 1894 et 1914

La mise en place obligatoire d'un régime de secours et de retraites propre au secteur minier a été imposée à toutes les compagnies minières par la loi du 30 juin 1894, mais il faudra attendre encore vingt ans et la loi du 25 Février 1914 pour que soit créée la CAN Caisse Autonome Nationale, le régime minier avait enfin une cohérence nationale.

Dès le début du XIX<sup>e</sup>, avec le développement de l'exploitation minière lié au démarrage de la Révolution industrielle, apparaissent les premières caisses de secours mutuels dénommées parfois *Boîtes de secours*, Anzin – 1801, Rive de Gier -1817. D'autres suivront comme à Aubin en 1830, Blanzy en 1834, La Grand'Combe en 1845. Il s'agit alors de caisses créées le plus souvent à l'initiative du patronat minier et destinées à couvrir les risques de maladie et d'invalidité consécutive d'un accident. Dans certains cas, les fonds sont mixtes et se cumulent par conséquent contributions patronales et prélèvements sur les salaires des ouvriers mineurs. Il y a rarement versement de pensions de retraite. En ce qui concerne les accidents, depuis l'arrêt pris par Henry IV en 1604, la prise en charge en incombe à l'exploitant, tant pour l'entretien de prêtres et chirurgiens que pour l'achat de médicaments.

La plupart du temps, la gestion des caisses échappe aux ouvriers mais des revendications vont se développer, sur fond de grèves, pour réclamer une participation ; ainsi à Rive-de-Gier dès 1844, puis au Creusot en 1870. Peu à peu, l'État semble vouloir intervenir en faveur de la mise en place d'un système de protection sociale généralisé. En 1850, est ainsi créée la Caisse nationale de retraites qui met en place un système de livret individuel destiné à recueillir des fonds déposés pour la vieillesse ; et, en 1852, la création des caisses de secours mutuels devient libre et se trouve ainsi fortement encouragée.

À partir des années 1880, la profession minière manifeste un fort mécontentement et les revendications minières vont alors alimenter une action législative offensive. Un cahier de doléances des mineurs est alors rédigé par Georges Stell et Michel Rondet, secrétaire de la Chambre syndicale des mineurs de la Loire, est reçu par la Commission parlementaire le 16 juin 1883 pour faire entendre les revendications des mineurs.

*Michel Rondet (1841-1908) Statue en bronze élevée à la Ricamarie. Secrétaire générale des mineurs de la Loire (1881), il participe à la création de la Fédération nationale des mineurs de France (1883) et en reste secrétaire jusqu'en 1896.*



De cette campagne, il résulte quelques projets de loi en vue de la création de caisses obligatoires dans les mines, lesquels s'inspirent d'exemples européens, Autriche et Prusse. Un rapport très détaillé va être établi par Octave Keller, directeur du service de la statistique de l'industrie minière, et être rendu public en janvier 1884. Il révèle tout d'abord que la majeure partie de la population minière (soit plus de 100 000 ouvriers) bénéficie d'une couverture sociale mais qu'il y a une forte disparité selon l'importance des compagnies et leurs ressources. Par ailleurs, sauf quelques exceptions comme chez Schneider au Creusot, il n'y a pas de pension de retraite qui soit incluse dans le dispositif de protection mis en place. . .

### La loi du 29 juin 1894, une loi d'avant-garde

L'exception du régime minier est triple. En effet, il y a mise en place d'un système obligatoire en matière d'assurance maladie. Par ailleurs, il y a création d'une assurance vieillesse. Enfin, le principe de la gestion mixte des caisses signifie que dorénavant et, selon un principe de parité, dans la gestion des caisses vont intervenir administrateurs ouvriers et patronaux. Par ailleurs, le financement des caisses est mixte, avec un versement patronal prélevé sur la masse des salaires versés et des prélèvements sur les salaires ouvriers. L'introduction de cette obligation de cotisations patronales heurte bien évidemment les idées libérales tant du patronat que de certains juristes. Il y a, par ailleurs, à craindre que ce régime spécifique dont bénéficient les ouvriers mineurs ne soulèvent les revendications d'autres catégories de travailleurs.

L'exemplarité du nouveau système va toutefois rester limitée dans la mesure où les anciennes caisses, déjà existantes, vont pouvoir se maintenir et que, de ce fait, il se maintiendra une extrême disparité, en particulier quant au régime des prestations versées. La seule véritable conquête et contrainte réside dans l'obligation mutuelle de contribution.

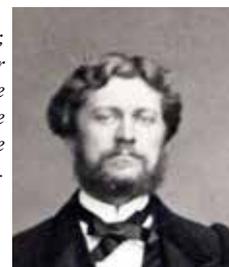
L'intervention de l'Etat dans ce dispositif reste minimale en se bornant à assurer « une garantie de l'Etat », au système de retraites qui reste essentiellement fondé sur la capitalisation.

Les espoirs des mineurs devront donc attendre encore 2 décennies et le combat des syndicats mineurs va continuer tout à la fois pour obtenir une augmentation des retraites, une réelle prise en compte des administrateurs ouvriers dans la gestion des caisses et la création d'un organisme national autonome.



*Emile Basly (1854-1928). Secrétaire général du syndicat des mineurs de Lens (1882), il devient le Tsar de Lens après la grève de 1884 et inspire Zola pour le personnage d'Etienne Lantier dans Germinal. Devenu député de la Seine (1885-1889) puis du Pas-de-Calais de 1891 à 1928, il est par ailleurs maire de Lens à partir de 1900.*

*Octave Keller,  
directeur  
du service  
de la statistique  
de l'industrie  
minérale.*



.../...

## .../... Une Caisse autonome la loi du 25 Février 1914

Dans la plupart des cas, le principe de parité est loin d'être satisfait en ce qui concerne la gestion des caisses de secours minières dont l'importance et les finances dépendent étroitement du nombre des ouvriers employés. Au nom de la garantie que devait apporter l'Etat, la loi de finances du 31 mars 1903 avait du ouvrir un crédit d'un million de francs, dit *Million des mineurs*, afin de permettre un équilibrage des comptes. Par ailleurs, à l'intérieur d'un même bassin, il n'y a aucune coordination entre les différentes caisses existantes dans la mesure où elles peuvent appartenir à des compagnies privées différentes. En ce qui concerne le régime des retraites, les ouvriers sont loin d'être satisfaits par le système mis en place et réclament l'établissement d'un système de répartition mais aussi l'adaptation de l'âge de la retraite à la durée des années de travail et non l'accès à un âge fixé et uniforme, à savoir 55 ans.

À la Chambre des députés, un certain nombre de « députés-mineurs » vont se faire les porte-paroles des mineurs ; dont parmi les plus connus Jean Jaurès député de Carmaux et Emile Basly, ancien secrétaire du syndicat des mineurs d'Anzin.

Les modifications apportées par la nouvelle loi vont concerner les 3 risques maladie, accident et vieillesse. Mais la mesure la plus significative est sans aucun doute la création d'une Caisse de retraite autonome qui confère aux mineurs un statut particulier en matière de protection sociale. En effet, la loi du 5 avril 1910 a mis en place les retraites ouvrières et paysannes et ce système s'avère moins favorable que celui existant.

Malgré les dissensions entre la Fédération du Nord/Pas de Calais et la Fédération des mineurs, devenue Fédération du sous-sol en 1910 et affiliée à la CGT depuis 1908, la Caisse autonome a pu se doter d'un fonds spécial, destiné à permettre d'introduire le régime de la répartition en matière de retraites. Toutefois, conséquence des dissensions précédemment évoquées, l'article 11 de ses statuts permettait à certaines caisses de secours d'être dispensées de verser au fonds spécial créé à cet effet ; en l'occurrence, il s'agissait des caisses du bassin du Nord/Pas de Calais représentant environ la moitié de l'effectif minier. Par là, le principe de solidarité entre les mineurs, inhérent à tout système de répartition, se trouvait fortement contrarié. Mais, en raison des conséquences directes de la première guerre mondiale, l'article 11 va se trouver vidé de sa substance dans la mesure où les compagnies du bassin Nord/Pas de Calais vont se trouver dans l'obligation de tout reconstruire et, par conséquent, elles ne vont plus pouvoir se permettre d'être aussi généreuses à l'égard de leurs ouvriers. On peut alors dire qu'enfin se met en place un dispositif unique de protection sociale des ouvriers mineurs. Par la suite, et surtout en raison de la crise économique de 1929 mais aussi de la création des assurances sociales en 1928-30, l'autonomie de gestion des caisses va se trouver diminuée et le rôle de l'Etat d'autant renforcé par le décret-loi du 8 août 1935.

Pour finir, la question de la survivance du régime minier ne va pas manquer de se poser à nouveau à la Libération avec la création de la Sécurité sociale par les ordonnances d'octobre 1945. Etant donné la nationalisation des mines de houille et les enjeux de la bataille de la production qui s'engage pour les besoins de la reconstruction, tout à la fois le statut du mineur et la sécurité sociale minière viendront récompenser en 1946 ceux qui ont mérité d'être qualifié de *meilleur ouvrier de France*.

Daniel Weber

## LA GRIPPE ESPAGNOLE

Le XX<sup>e</sup> siècle, qui fut le théâtre de deux guerres mondiales, de totalitarismes, de génocides, de conflits ethniques, a été marqué par une autre tragédie qui a touché la moitié de la population de la planète et tué, selon les sources (1), de 50 à 100 millions de personnes en deux ans : la grippe espagnole.



Au mois d'avril 1918, la guerre a commencé il y a déjà 4 ans. En Picardie, aux points extrêmes de l'avance allemande, les bulletins militaires signalent quelques cas de grippe dans une tranchée à Villers-sur-Coudun. Le mal est sans gravité, mais extraordinairement contagieux et a vite fait de se transmettre à toutes les tranchées du secteur. Les autorités ne s'alarment pas et passent le fait sous silence. Elles commenceront à communiquer sur le sujet en juillet, lorsque la grippe passe la frontière et fait ses premiers morts dans les rangs allemands. La presse en est informée et le *Matin* annonce que *les Allemands semblent très touchés*. Est-ce le symptôme précurseur de la lassitude, de la défaillance des organismes dont la résistance s'épuise ? Nos troupes résistent merveilleusement ?

Merveilleusement ? La grippe ignore les frontières, mais la presse est censurée et fait à peine mention des victimes françaises. Tout juste évoque-t-elle *quelques morts*, et il reste entendu que du côté français la grippe n'est qu'une *petite épidémie*.

Une petite épidémie que les mouvements de troupes et les permissionnaires répandent dans la population. Et à quelle allure : en mai, elle fait soixante-cinq morts à Montpellier et

rente-cinq à Marseille à plus de sept cents kilomètres du front, et ses complications sont de plus en plus graves. Mais il n'est pas question de miner le moral des troupes, encore moins que l'ennemi apprenne qu'elles sont affaiblies : Le *Matin* du 6 Juillet 1918 assure qu'en France, la grippe est bénigne

### Trois cents Parisiens en meurent chaque jour !

Et les faits semblent lui donner raison : en août, le nombre de grippés diminue. Mais s'il y a moins de malades, ils sont de plus en plus nombreux à souffrir de complications cardiaques et pulmonaires fatales. Puis à la mi-septembre, une deuxième vague de la maladie déferle. Ma grand-mère maternelle Alice MURAT est à cette période à Paris comme préceptrice auprès d'enfants d'un médecin. Touchée par cette épidémie elle se résout à revenir dans un petit village alsacien : MOLHAUT, dans sa famille pour être sauvée de justesse par des soins attentifs. À Paris, le bulletin hebdomadaire de statistiques municipales indique trois cent trente décès dus à la grippe dans la capitale en une semaine. Ce n'est encore rien : mi-octobre, le mal tue trois cent Parisiens par jour. La grande presse minimise : la censure militaire y veille. Mais les journaux médicaux s'alarment ouvertement. Trop tard. Bien trop tard : la grippe se propage

avec une brutalité terrifiante. Le 4 octobre, des instructions sont données aux préfets pour endiguer l'épidémie : désinfection et fermeture éventuelles des lieux publics, limitation des activités et des déplacements. Dans les hôpitaux, on isole les malades, les soignants portent des masques, des blouses, des gants de caoutchouc et se lavent les mains et la bouche entre deux patients. Des trains sont aménagés pour séparer les militaires des civils et les wagons sont désinfectés après chaque transport. Fin octobre, les lycées sont fermés. Certaines localités sont interdites aux permissionnaires. Plus heureux, les soldats en permission n'ont pas le droit de regagner le front.

Le corps médical est débordé. Outre les mesures d'hygiène et d'isolement, il préconise pèle-mêle la pose de ventouses, les saignées, le rhum (délivré sur ordonnance) ; les injections sous-cutanées d'oxygène, de caféine, de digitale, d'huile camphrée, d'adrénaline, d'essence de térébenthine, l'administration de quinine et des enveloppements froids pour faire baisser la fièvre. Une série de vaccins et de sérums voit le jour, parfaitement inefficaces. Rien n'y fait.

Les soignants sont frappés par la foudroyante rapidité de la période » d'incubation, car les premiers symptômes se manifestent quelques heures après le contact avec un malade : des courbatures, de fortes fièvres (au dessus de 40° C), un sentiment d'oppression, des crachats sanglants. Viennent ensuite des surinfections bronchiques et pulmonaires souvent mortelles. La grippe fait aussi des ravages en Espagne, en Suisse, aux Etats-Unis, où elle tue plus d'un demi million d'Américains, et se répand sur la planète. On se perd en conjectures sur son origine et même sur sa nature ; les services de renseignement français doutent même qu'il s'agisse d'une grippe et se demandent si des bacilles ....de peste n'auraient pas été répandus par un service allemand basé en Espagne.... La presse fait chorus, laisse entendre qu'après les gaz de combat, le mal serait une invention germanique pour venir à bout de notre armée (dont on ne dit plus qu'elle résiste merveilleusement) et l'on peut lire que « la maladie a été provoquée par des conserves venues d'Espagne dans lesquelles des agents allemands auraient introduit des bacilles pathogènes ».

### 1918-1919

#### La grippe espagnole décime les rangs des élèves

*"La rentrée scolaire de 1918 se fait dans une atmosphère sur-réaliste. La guerre sur le point d'être gagnée par les Alliés, est régulièrement commentée dans les classes. Le maître montre la progression des troupes sur la carte de France. Pourtant, un autre sujet fait de plus en plus parler : une drôle d'épidémie de grippe sévit depuis quelques mois. Il n'y a pas une famille qui ne soit touchée directement ou indirectement. Et cette grippe-là, elle est carabinée, voire mortelle ! Dans les Deux-Sèvres par exemple à l'école de filles de Fontenay-Rohan, sur les 132 inscrites lors de la rentrée 1918, 55 sont grippées le 13 décembre. Dans l'une des classes, sur 40 élèves, 30 sont malades. Certains maîtres font cours en toussant. L'attitude des autorités varie d'une région à l'autre. A Paris, le vice-recteur propose de licencier les lycéens du 24 octobre au 3 novembre. A Lyon, la rentrée des classes se fait seulement le 11 novembre ! A Bordeaux les classes étaient restées ouvertes normalement, mais rapidement, le nombre des élèves présents chute au tiers ou au cinquième de l'effectif habituel. A Nantes, le préfet ne fait fermer les écoles qu'après le 15 octobre. D'une manière dérisoire, le journal des instituteurs du 23 octobre 1918 fait de la publicité pour la Fluatine avec laquelle 'on est certain de lutter contre la Grippe espagnole et toutes les maladies épidémiques."*

Extrait du journal de Saône et Loire 13 avril 2014.

#### La pandémie sévit sur toute la planète

Après la brève accalmie de l'été 1918, la grippe a repris de plus belle dès la fin de l'automne. Il n'est plus question de « petite

épidémie », car désormais il s'agit bel et bien d'une pandémie qui sévit sur toute la surface de la terre : en Europe, en Chine, en Russie, au Japon, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Amérique du Sud. Les seuls territoires épargnés : les îles Sainte-Hélène et Tristan de Cunha dans l'atlantique du Sud. Sont totalement isolés et préservés de la contagion.

Puis, au printemps 1919, elle recule et s'éteint spontanément. Ceux qui n'en sont pas morts sont immunisés et le virus grippal qui a une durée de vie limitée hors d'un organisme vivant ne trouve plus assez d'hôtes pour s'y multiplier... Il a touché la moitié de la population mondiale. Les premières estimations, qui comptabilisent entre vingt et quarante millions de morts, sont largement revues à la hausse à la lumière des évaluations rétrospectivement concernant les pays asiatiques ; africains, et l'Amérique du Sud qui n'avaient pas été inclus dans les statistiques. On considère aujourd'hui que la grippe « espagnole » a fait de 50 à 100 millions de morts. Si l'on cherche à en établir l'origine, tout porte à croire que le virus –père provenait de la région de Boston, au nord-est des Etats – Unis, où il a fait ses premières victimes quelques mois avant l'Europe et d'où il a gagné en l'espace d'une seule semaine toute l'Amérique du Nord, au début de 1918. Au moment même où les forces armées des Etats Unis furent massivement recrutées pour être engagées en Europe. Elles y apportèrent le fléau. Le mouvement de troupe et les permissionnaires firent le reste.



#### L'origine du virus

Est-ce à dire que la grippe espagnole était américaine ? Rien n'est moins sûr : on sait aujourd'hui, grâce aux travaux d'une équipe de biologistes américano-japonais, qui a reconstitué le virus par génie génétique de la *grippe espagnole* qu'il s'agissait d'un virus de la grippe porcine issu d'une souche aviaire de type H1N1. Comment était-il parvenu à Boston ? La ville comptait alors une base militaire qui accueillit, début 1918, un bataillon qui revenait de la région de Canton, en Chine où l'épidémie de grippe bénigne, mais particulièrement contagieuse, avait sévi pendant l'hiver 1917-1918. Il est probable que les militaires rapatriés de Chine rapportaient avec eux des virus qui, par mutation, donnèrent le virus père de la grippe espagnole. Ce n'est qu'une hypothèse et la source géographique du virus à l'origine de la grippe de 1918 reste si incertaine qu'il est difficile de trancher sur sa généalogie.

#### Espagnole pour la postérité

Lorsque la grippe toucha l'Espagne, celle-ci n'était pas impliquée dans la guerre et laissa circuler d'autant plus librement les informations relatives à l'épidémie que le virus n'épargna pas plus le roi Alphonse XIII que ses sujets.

La presse espagnole fit quotidiennement l'état des lieux et les journaux français, si discrets sur les malades de l'Hexagone, furent particulièrement prolixes sur la grippe qui faisait « des ravages en Espagne ». C'est ainsi que la grippe venue de Boston, peut-être de Chine ou d'ailleurs, devint espagnole pour la postérité.

(1) Source : Histoire du Monde – Première Guerre Mondiale, Grippe Espagnole de 1918. L'Encyclopédie Larousse mentionne les mêmes ordres de grandeur: «La pandémie de grippe espagnole aurait touché dans le monde un humain sur deux. Les spécialistes les plus prudents parlent de 20 à 40 millions de morts dans le monde, alors que les plus nombreux évoquent désormais 50 à 100 millions de victimes, dont beaucoup d'adultes jeunes. En France, les statistiques officielles qui recensaient 210 900 morts ont été révisées à 408 000 après une récente relecture des registres d'état-civil.»

# La Déclaration de Philadelphie

## Une déclaration internationale de sécurité sociale

Nous commémorons en cette année 2014 le déclenchement de la Grande Guerre et le Débarquement du 6 juin 1944, on peut citer un autre anniversaire, celui des 70 ans de la Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944.

Lorsque l'on pense systèmes de protection sociale dans la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle au niveau international, on fait automatiquement référence à Otto von Bismarck.

*Lois des années 1880, code des assurances sociales de 1911, au Social Security Act américain du 14-08-1935, à William Beveridge (rapport du 01-12-1942 sur la sécurité sociale).*

Pendant la Seconde Guerre Mondiale, « différentes déclarations internationales ont affirmé solennellement les responsabilités des Etats sur le plan économique et social ». Ainsi Franklin Delano Roosevelt et Winston Churchill signèrent le 12-08-1941 la Charte de l'Atlantique destinée à définir les buts de leur alliance. Citons ; « (...) établir la collaboration la plus complète (...) afin d'assurer à tous de meilleures conditions de travail, (...) et la sécurité sociale ».

Quant à la Déclaration de Philadelphie, qui fut adoptée par la 28<sup>ème</sup> session de la Conférence internationale du Travail, elle constitua la nouvelle charte de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Dans ce texte, des propositions concernent la sécurité sociale et élargissent la compétence de l'OIT aux questions d'indemnisation des risques sociaux et leur prévention.

Cette Déclaration, adoptée à l'unanimité par les représentants des gouvernements, employeurs et salariés, reconnaît la nécessité de mettre en œuvre des programmes permettant, entre autres objectifs : « *extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets, une protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations, la protection de l'enfance et de la maternité* ».

Suivront, toujours au plan international, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (10-12-1948), la *Convention n°102 de l'OIT (28-06-1952)*, le *Code européen de sécurité sociale (16-04-1964)*.

À l'époque de la Seconde Guerre Mondiale, la France avait déjà de réels acquis en matière de protection sociale (cf article, *Une histoire de la Sécurité sociale en cinq questions*, publié dans Mémoire en Marche n° 18 de juillet 2013). Et c'est sur le programme des principales réformes pour la France libérée établi par le Conseil National de la Résistance mars 1944 - encore un 70<sup>ème</sup> anniversaire ! - que s'élabora le système de sécurité sociale de 1945.

*Sécurité sociale, Jean-Jacques Dupeyroux - Précis Dalloz, 5<sup>e</sup> édition  
Déclaration de Philadelphie, wikipedia(MAJ du 10-04-2014)*

Hervé Auclair - février 2014.

# HOSPITALISATIONS

## Du prix de journée à la T2A

### 1 INTRODUCTION

Mon premier poste de cadre a eu lieu le 1er septembre 1971 à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône et Loire, service *Prestations-Hôpitaux*.

Ce service centralisait les ordonnancements des hôpitaux publics et des établissements médico-sociaux avant transmission pour paiement au service comptabilité.

Les hôpitaux publics du département adressaient leurs factures tous les mois au centre de paiement dans le ressort duquel ils étaient situés. Ces centres n'étaient que des boîtes aux lettres. Ils transmettaient ces factures au service « prestations-hôpitaux » à la CPAM à Mâcon.

À prestations-hôpitaux, les factures étaient signées par les délégués du directeur (ordonnateur) et de l'Agent-Comptable (comptable), après une vérification de principe. La liasse de chaque facture était ensuite éclatée (archives, centre de paiement) et adressée à la comptabilité pour paiement.

L'ordonnancement des séjours en établissements médico-sociaux (IMP, IME, Sanatorium, etc.) donnait lieu à l'établissement de décomptes au niveau du service à partir de listings fournis par les établissements. Revêtus des mêmes signatures, ces décomptes rejoignaient aussi la comptabilité pour règlement.

Les séjours en cliniques privées (à but lucratif) étaient traités au niveau des centres de paiement comme les autres prestations de soins de ville.

### 2 LE PRIX DE JOURNÉE TOUT COMPRIS

Ce système très simple consistait en un prix de journée préfectoral multiplié par le nombre de journées du séjour. Il a été abandonné en 1984 dans les hôpitaux publics et persistera dans le domaine privé jusqu'en 1998. Il reste en vigueur aujourd'hui dans les établissements médico-sociaux. Le tiers-payant est la règle. L'assuré ne fait pas l'avance des frais, sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par sa caisse d'affiliation. Il ne s'acquittera que du ticket modérateur et du forfait hospitalier institué par la loi du 19 janvier 1983.

Il était reproché à ce système d'encourager la prolongation des séjours et de pénaliser les établissements en tenant insuffisamment compte de la complexité de la gestion hospitalière.

### 3 LA DOTATION GLOBALE

Instaurée par le décret du 11 août 1983 pris suite à la loi du 19 janvier 1983, dans le cadre du plan Bérégovoy.

Le prix de journée est supprimé. La nouvelle prise en charge s'applique aux établissements hospitaliers publics et aussi aux établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

On passe ainsi du post-paiement au pré-paiement. Elle suppose l'élaboration préalable d'un budget par l'établissement,

budget qui sera soumis à l'approbation du Commissaire de la République après consultation des organismes de Sécurité Sociale de gestion et de tutelle.

Chaque mois, la caisse d'assurance maladie chargée du versement en qualité de caisse *pivot*, règle à l'établissement concerné, le douzième de la dotation qui lui a été attribuée. La répartition entre les régimes d'assurance maladie est effectuée au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime, au titre de chaque risque. Une demande de prise en charge est adressée par l'établissement à la caisse pivot dont il dépend.

Ce dispositif devait permettre d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières (qui représentent environ la moitié des dépenses d'assurance maladie). Il devait aussi renforcer les pouvoirs de la tutelle et davantage responsabiliser les acteurs du système. Cette réforme a cependant été considérée par les représentants du secteur hospitalier comme trop rigide entraînant en réalité une augmentation des dépenses du fait d'un transfert de charges notamment vers la médecine de ville et les laboratoires privés précédemment assumées par l'hôpital.

## 4 LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (TAA OU T2A)

Ce nouveau mode de financement introduit en 2004 dans les établissements publics et privés PSPH et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif jusque-là restés sous le régime du prix de journée, part de l'inconvénient majeur du budget global : il faut financer selon l'activité faite et pas à l'aveugle sans savoir ce qui est réellement réalisé.

L'organisation est complexe. Elle comprend des missions et autres compartiments qui sont autant de sigles difficiles à retenir.

Le schéma ci-après extrait de l'ouvrage « Santé publique et économie de la Santé » de Julien Riou, Sabine Ferrand Nagel et Gilles Brucker est indispensable à la compréhension de l'organisation de la T2A.

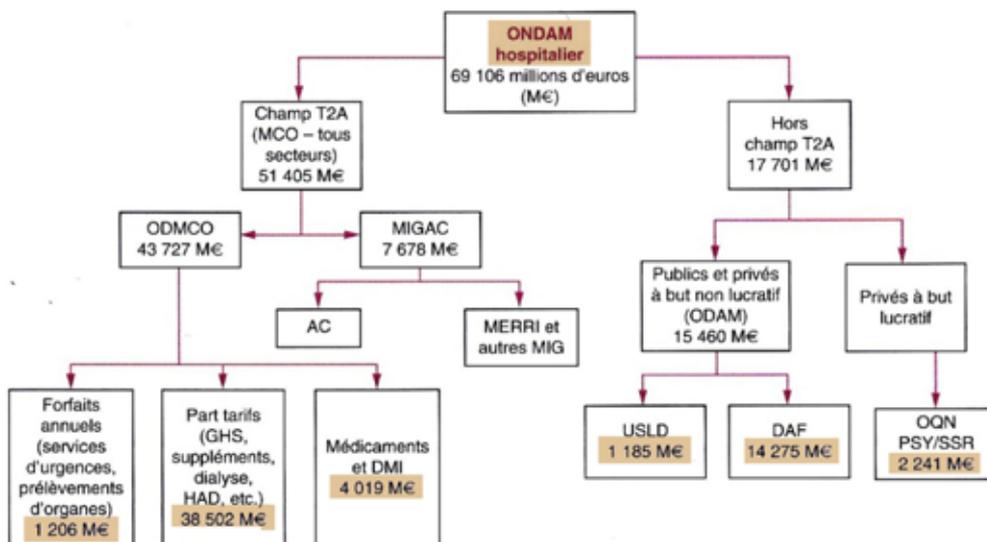
les chiffres ci-dessus sont en millions d'euros

### Le financement des soins hospitaliers

Pour définir l'enveloppe globale allouée chaque année à l'ensemble du champ hospitalier, l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam, cf. *infra*) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts selon le mode de financement qui génère ces dépenses :

- les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité,
- et les autres dépenses relatives aux établissements de santé

#### La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2009



Source : Drees, Comptes nationaux de la santé 2010.

## Signification des sigles

ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
ODMCO	Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MERRI	Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIG	Missions d'intérêt général
AC	Aide à la contractualisation
DMI	Dispositifs médicaux implantables
USLD	Unité de soins de longue durée
DAF	Dotation annuelle de financement
OQN PSY/SSR	Objectif quantifié national, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.

### 5 CONCLUSION

Le feuilleton de la prise en charge des séjours hospitaliers n'est certainement pas terminé. François Hollande après son élection en 2012, s'est engagé à revoir le mode de financement des hôpitaux.

Sans doute faudra-t-il ajouter bientôt un alinéa à cet article et peut-être plusieurs. En effet le sujet est loin d'être épuisé et nul ne sait ce que nous réserve l'avenir. Avec Didier Tabuteau, écrivant une « Lettre à la génération 2025 » espérons que nos descendants ne nous poseront pas la question :

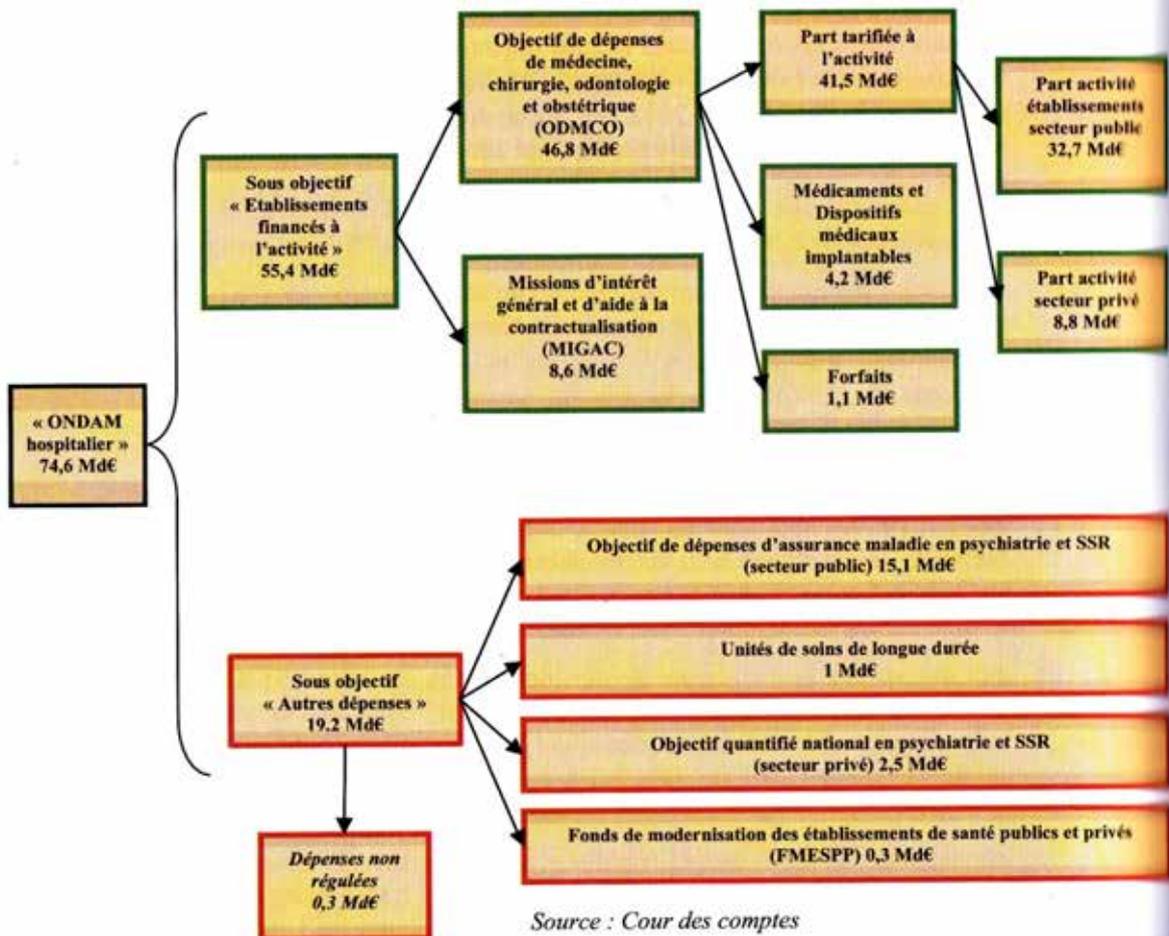
### 6 BIBLIOGRAPHIE

-Droit de la Sécurité Sociale – Jean-Jacques Dureyroux

-Santé publique et économie de la Santé - Julien Riou, Sabine Ferrand Nagel et Gilles Brucker

-La Sécurité Sociale – Rapport de la Cour des Comptes (septembre 2013)

### D écomposition de l'« ONDAM hospitalier » 2012



Source : Cour des comptes

Graphique extrait de l'ouvrage « Dis, c'était quoi la Sécu ? » de Didier Tabuteau (les montants indiqués sont exprimés en milliards d'euros).

# Paiement des prestations familiales

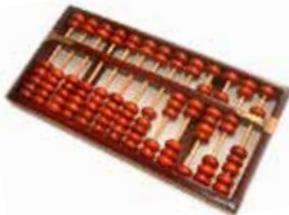
Dans le cadre de la sauvegarde de la mémoire des anciens acteurs de la Sécurité sociale, Bernard Balanche apporte son témoignage sur les modalités de paiement des prestations familiales. Dans la seconde partie d'une carrière riche en activités et expériences variées (comptabilité, contentieux, agent de contrôle Urssaf), Bernard Balanche a exercé sur la période de 1983 à 2008 les fonctions de fondé de pouvoir, puis d'agent comptable à la CAF de Besançon, devenue par la suite CAF du Doubs.

## Morceaux choisis

« Une caisse d'allocation familiale est d'abord un organisme payeur. Au départ, le droit aux prestations familiales était subordonné au temps de travail. C'est ce que nous appelons le fait générateur c'est à dire que pour prétendre au versement des allocations familiales l'allocataire devait apporter la preuve d'un minimum d'activité qui était à l'époque de 120h par mois. Les prestations étaient réparties dans 3 grandes gestions relevant respectivement des salariés, des employeurs et travailleurs indépendants, et ce qui était appelé à l'époque la population non active.

Dans cette dernière catégorie, on incluait les allocataires qui ne pouvaient justifier d'au moins 120h de travail dans le mois. Une commission du conseil d'administration – la PNA - examinait les raisons pour lesquelles les allocataires n'avaient pu justifier ces 120h.

Les prestations étaient payées directement par le facteur par mandat postal. Le gros avantage de ce paiement par mandat, c'était la proximité, le facteur faisant le trait d'union entre les allocataires et les services de la CAF. Cette proximité nous était très favorable pour enregistrer ce que nous avons ensuite appelé les changements de situations de famille, c'est à dire des changements d'adresse, dans la composition de la famille et même la gestion des NPAI (n'habite pas à l'adresse indiquée) parce que le facteur donnait l'information aux services. En revanche, le point négatif c'était le coût de gestion important et très vite nous avons dû réfléchir à d'autres formules.



Le paiement des prestations familiales par lettre chèque optique (LCO) a été mis en œuvre ensuite. L'avantage de ce moyen est qu'il était moins coûteux au niveau des frais de gestion. Par contre la LCO n'était pas très pratique parce qu'il fallait imprimer le document, demander à un imprimeur de faire une édition avec le nom de l'allocataire, l'adresse, le montant des prestations versées. Très vite on s'est rendu compte que ces lettres chèque optique n'étaient pas toujours payées en espèce aux guichets de la Poste mais remises à l'encaissement sur des comptes bancaires ou postaux. Rapidement, une transition est apparue avec les chèques bancaires qui ont remplacé la LCO. Parallèlement, nous avons pris contact avec nos familles allocataires pour solliciter des Rib (relevés d'identité bancaire) de façon à

effectuer des virements. Dans le même temps, nous avons négocié avec les banques de façon à ce que ces virements bancaires ne représentent pas un coût de gestion important. Mais comme nous avions des familles, notamment des personnes âgées, qui n'étaient pas titulaires de compte, nous avons maintenu un principe de paiement par chèque bancaire non barré. À ce sujet, nous avons une convention avec un établissement bancaire de la place pour que ces chèques bancaires non barrés soient payés en liquide au guichet ce qui évitait ce défaut de Rib pour certains allocataires.



En terme de vérification nous pouvons constater que nous sommes passés en quarante ans d'un mode de calcul manuel des prestations à un système d'exploitation informatisé ce qui nous a amené à adapter nos méthodes de contrôle. En effet, dans les premières décennies, le contrôle le plus important se faisait avant paiement. On calculait à la main les prestations, il fallait donc les vérifier. La composition de la famille était enregistrée sur des fiches au vu du livret de famille ou de la fiche familiale d'état civil. Il y avait donc un risque d'erreur, c'est pourquoi ce contrôle était fait avant le paiement des prestations et était très important. Au contraire, avec l'arrivée de l'informatique, les calculs étaient automatisés, il n'y avait plus d'erreur possible. Les logiciels calculaient eux même les droits et le contrôle s'est déplacé. C'est le contrôle après paiement qui est devenu le plus important. L'entrée des données a été informatisée aussi, les informations étant transmises directement par certaines administrations. Les ressources étaient transmises par l'administration fiscale, les loyers par les organismes bailleur d'une façon automatisée et les indemnités chômage pour nos allocataires étaient transmises par les Assedic.

En conclusion, je dirais qu'au fil du temps, la mission des Caf a beaucoup évolué. D'organisme payeur les Caf sont devenues des organismes au service des familles ».

Mais là, on entre dans une autre thématique dont on trouvera le témoignage de Bernard Balanche sur le site web du Comité d'Histoire.

**Rubrique Administrer et gérer une caisse de Sécu, quels défis ?**

Propos recueillis par Edouard Arredi

# Histoire de l'Urssaf du Doubs

Le 1<sup>er</sup> Janvier 2014 a été créée l'Urssaf régionale de Franche-Comté.

Cette création a ouvert une nouvelle page du recouvrement de la Sécurité sociale.

Ce nouvel organisme est l'héritier de quatre Urssaf : Lons-le-Saunier, Vesoul, Belfort-Montbéliard et Besançon. C'est sur ce dernier organisme que nous souhaitons focaliser nos regards, puisque son histoire un peu antérieure à celle des autres, a pour caractéristique d'accompagner le mouvement national de création des Urssaf.

Il faut rappeler que la création de la Sécurité Sociale par les ordonnances du 4 octobre 1945 signées du Général de Gaulle n'impliquait pas un système spécifique dédié au recouvrement des cotisations. Eh oui ! Un système assurantiel public ou privé suppose la collecte de ressources pour servir les prestations ! Les réponses qui furent données à cette question originellement d'intendance, furent parfois diverses mais dans un premier temps les Caisses d'Assurance Maladie et les Caisses d'Allocations Familiales se chargèrent directement de leur propre recouvrement.

Rapidement cependant, les projets de mutualisation du recouvrement des cotisations auprès des employeurs et travailleurs indépendants se multiplièrent en France, du fait de la spécificité de cette fonction d'une part, et pour des raisons de coût d'autre part. Besançon, ou plutôt sa Caisse de sécurité sociale et sa Caisse d'allocation familiales, figurèrent parmi les pionniers de ce type de regroupement ou de mutualisation. Les conseils d'administration de ces deux organismes votèrent en avril 1951 la création d'une Union des caisses pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'Allocations familiales qui vit effectivement le jour le 1er Janvier 1952 (Urssaf).

Saluons les hommes qui furent les artisans de cette évolution qui s'avéra un exemple voire presque une révolution dans les faits et les esprits. Émile Courbet, le président, Louis Convers, le directeur, et Alain Sage (le bien nommé!) agent comptable méritent de passer à la postérité comme de véritables précurseurs non seulement sur le plan régional mais aussi sur le plan national. Le nouvel organisme débuta son activité avec le concours de vingt-six agents en provenance pour la plupart des organismes fondateurs. L'encaissement réalisé s'est établi en 1952 à 3 864 000... anciens francs (autre temps...). Cette somme, inflation et expansion économique obligent, doublera pratiquement en cinq ans. En 1959, Robert Coquard est élu président, moment clé puisque les Urssaf sont rendues obligatoires sur l'ensemble du territoire national par un décret de Mr Michel Debre, premier ministre, daté du 12 mai 1960. Ce qui faisait dire à M. Coquard peu auparavant qu'il fallait regretter que ces « unions n'aient pas été créées plus tôt tant nous apprécions cet outil de travail efficace créée huit années plus tôt pour notre compte ». En 1967, l'Urssaf de Besançon se vit appliquer les ordonnances de la même année rédigées par le ministre du général de Gaulle, le comtois Jean-Marcel Jeanneney. Ces ordonnances instituaient le paritarisme dont la forme reste en vigueur aujourd'hui.

Les années qui suivirent furent des années d'expansion qui nécessitèrent des transferts de locaux puisque, partie du 18 rue de la Préfecture, l'Urssaf de Besançon s'installa au 4 place de Lattre de Tassigny en 1976 sous la présidence de M. Sauron et la direction de Mme Fontbonnat. Il faut dire qu'avec l'accroissement des compétences des Urssaf et des encaissements, les effectifs voyaient logiquement leur nombre s'étoffer puisque de 26 en 1952 il s'établissaient à 51 en 1976, sans tenir compte des auxiliaires.

Le dernier déménagement en 1979 rue Denis Papin coïncida avec un tournant matériel certes, mais également avec de nouvelles phases de gestion, touchant tous les domaines : qualifications des agents, nouvelles approches de la gestion des ressortissants, passant de moins de 20000 dans les années 50 à 30000 dans les années 90 jusqu'à aujourd'hui. Désormais, à la succession des présidents, de M. Cabaud à M. Brochet puis M. Isely (1998), M. Guy (pour deux mandats) et enfin M. Jacquet en 2011, a correspondu une transformation



18 rue de la Préfecture



4 place de Lattre de Tassigny

radicale des techniques informatiques, colonne vertébrale de toute action et une transformation parallèle des travaux et qualifications des personnels.

S'insérant dans des politiques nationales, les directions de l'organisme s'attachèrent à moderniser les relations avec les ressortissants de l'Urssaf de Besançon qui fut en pointe dans les opérations de dématérialisation, tout comme elle le fut dans l'adaptation des structures dans les années 50. La régionalisation, nouvelle forme de gestion pour les désormais 22 Urssaf de France contre une centaine il y a vingt ans, fut largement anticipée à Besançon puisque notre organisme fut très tôt engagé dans le recrutement d'emplois régionaux dès 1994 et qu'elle œuvra sans relâche au développement d'une coopération avec mutualisation et partage de responsabilité dans divers domaines avec ses homologues de Franche-Comté. Ainsi, l'apport de cet organisme est-il déterminant pour la mise en œuvre de l'Urssaf de Franche-Comté, désormais dotée de direction et structures renouvelées. Les quatre vingt salariés de l'Urssaf sont désormais confondus dans les deux cent vingt agents de la nouvelle entité. La nostalgie n'est pas de mise car les générations qui se sont succédées ont apporté leur pierre à l'intensification des missions des Urssaf. Besançon a recouvré plus d'un milliard et demi d'euros pour sa dernière année d'existence et a doté la région d'une expérience affirmée en matière de lutte contre le travail illégal. Besançon lègue au nouvel organisme régional le bénéfice d'une coopération intense avec une multitude de partenaires, sans omettre le RSI avec lequel le partenariat fut de bonne qualité malgré une multitude de difficultés techniques.

Au cours de cette longue période féconde, les objectifs des Conseils d'administration de l'Urssaf de Besançon, des directions, des agents furent toujours les mêmes: abonder les ressources de la Sécurité sociale et d'autres partenaires mais également respecter le cotisant, l'entreprise et l'équité conforme au service public car nos clients ou usagers sont les garants de notre pérennité à Besançon, en Franche-Comté mais également partout ailleurs.

# Antoine PARMENTIER

## Ses contributions particulières à la santé publique

Dans l'imaginaire collectif le nom de Parmentier est associé définitivement au développement de la pomme de terre en France. On reviendra ci-après sur ce volet de la carrière d'Antoine Augustin Parmentier (1737-1813). En fait celui-ci a eu plusieurs métiers, pour ne pas dire plusieurs vies. En effet, Parmentier a été pharmacien militaire, agronome, nutritionniste, hygiéniste. Et ce qui est remarquable – et c'est pour cela que Mémoire en marche s'intéresse à lui – Parmentier a apporté des contributions notables à ce qu'on appelle de nos jours les politiques de santé publique au sens large.



### La lutte contre la disette

Pour faire court, la pomme de terre, connue des chasseurs-cueilleurs amérindiens il y a 10 000 ans en Amérique latine (Pérou, lac Titicaca, etc...), est rapportée en Europe par les Conquistadors espagnols dès le début du 16<sup>ème</sup> siècle. A partir des ports d'Espagne et d'Angleterre, la pomme de terre se diffuse peu à peu sur le continent européen (respectivement Italie, Savoie, Autriche ... et Irlande, Flandres ...). On la trouve en Alsace et en Lorraine, puis au 17<sup>ème</sup> siècle dans le Midi, en Anjou et dans le Limousin, mais elle est rejetée dans le reste de la France. C'est là qu'intervient tout le génie de Parmentier. Alors prisonnier en Allemagne pendant la Guerre de sept ans, ce conflit dura de 1756 à 1763, Parmentier eut à consommer de la bouillie de pomme de terre, reconnaissant à cette tubercule des qualités alimentaires.

En 1769 et 1770, la France connaît d'importantes famines. Celle de 1770 est telle que le prix des denrées de première nécessité monte au-delà de ce qui s'était jamais vu, et on en vint à des solutions extrêmes, jusqu'au déplacement des indigents. En Bourgogne, dans l'arrondissement d'Autun, on lit dans le Registre de l'Etat civil tenu par le curé d'Auxy qu'on "enleva de force une quantité de pauvres par ordre du Roi, qu'on transporta dans des maisons disposées dans différentes villes". En 1771, l'Académie de Besançon choisit comme sujet de son prix le thème suivant : "Indiquer les végétaux qui pourraient suppléer en temps de disette à ceux que l'on emploie communément à la nourriture des hommes et quelle en devrait être la préparation."

Sept mémoires furent proposés et l'Académie se prononça à leur sujet le 24 août 1772, donnant le prix à Parmentier. Dans son mémoire, Parmentier indique qu'il est facile d'extraire de l'amidon – un principe nutritif - d'un grand nombre de plantes. En préconisant la consommation de la pomme de terre, Parmentier sait que l'adhésion des populations n'est pas évidente. Pour l'anecdote, on notera que son manque de succès culinaire a fait qu'on ne la donnait à manger qu'aux animaux et qu'en Irlande on eut l'idée de la distiller pour en faire du Whisky. En France, on la regarde avec méfiance (elle est même soupçonnée de véhiculer la lèpre !). La Grande encyclopédie de Diderot et d'Alembert, en 1765, en parle ainsi : "Cette racine, de quelque manière qu'on l'apprête, est fade et farineuse. Elle ne saurait être comptée parmi les aliments agréables ; mais elle fournit un aliment abondant et assez salubre aux hommes, qui ne demandent qu'à se sustenter. On reproche avec raison à la pomme de terre d'être venteuse : mais qu'est-ce que les vents pour les organes vigoureux des paysans et des manœuvres ?" Deux anecdotes montrent l'ingéniosité et la pugnacité de Parmentier pour arriver à ses fins.

1 - Cultiver des pommes de terre dans un endroit réputé inculte. Il choisit la plaine des Sablons où, comme son nom l'indique, il n'y avait que du sable... comme au Sahara ! Le miracle eut lieu ; une petite feuille, un soupçon de verdure parut. Le lendemain tout le sol était vert. Le Sahara avait germé !

Le 24 août 1786, Parmentier, devant son champ de pommes de terre des Sablons dit en tendant un bouquet de fleurs de pommes de terre au roi : "Désormais la famine est impossible. La pomme de terre peut tenir lieu de toutes les céréales et un dixième du territoire de la France planté de pommes de terre est du pain tout fait !" "Monsieur Parmentier, répondit le Roi, les hommes tels que vous ne se récompensent pas avec de l'argent, il y a une monnaie plus digne de leur cœur ; donnez-moi la main et embrassez la reine !"

2 - Seuls les interdits tentent les français, c'est bien connu. Ainsi Parmentier fit garder son champ de pommes de terre par la maréchaussée la journée, mais pas la nuit, où les voleurs s'en donnaient à cœur joie pour piller le-dit champ à la grande joie de Parmentier. Voltaire écrit : "Vous avez rendu à la France un grand service en lui prouvant qu'elle peut tripler et quadrupler les substances nécessaires à l'alimentation de ses nombreuses populations... votre gloire est pure et mérite l'ovation de tous ceux qui aiment l'humanité".

### L'hygiène sanitaire

On peut classer différents autres apports scientifiques de Parmentier dans le domaine général de la sécurité sanitaire. Ainsi, ses talents de nutritionniste s'exercèrent également sur la châtaigne, le maïs, le blé de Turquie. Hygiéniste, il traite des féculs, du pain, du sucre de raisin, s'intéresse à la conservation des farines, vins et produits laitiers, ainsi que de la viande par le froid. En 1772, en compagnie de Cadet de Vaux (ancien pharmacien de Invalides), Parmentier travaille sur l'amélioration de la qualité du pain distribué dans les hôpitaux. Véritable touche à tout, il contribue à la progression de la sécurité sanitaire des exhumations, la qualité de l'eau, la qualité de l'air en particulier dans les établissements de soins. Il préconise l'entretien et la vidange régulière des fosses d'aisance.

### La santé

Abordons pour conclure le rôle que Parmentier a pu apporter dans le domaine de la santé. Précisons que Parmentier est, à la base, un pharmacien. Commis en pharmacie à l'âge de 13 ans, il deviendra à 20 ans pharmacien de 3<sup>ème</sup> classe dans les hôpitaux de l'armée de Hanovre, apothicaire-adjoint de l'hôtel des Invalides à 29 ans, puis apothicaire-major des hôpitaux militaires de la division du Havre et de Bretagne à 42 ans. Sa vie est tellement riche que l'on est obligé d'aller vite. On le retrouve président du Conseil de salubrité du département de la Seine, inspecteur général des Hospices et du service de santé (de 1796 à 1813). Il rédige un Code pharmaceutique. Il fait adopter la vaccination antivariolique par l'armée, se préoccupe des conditions d'hygiène dans la Marine.

Parmentier, trop jeune pour participer à l'aventure des encyclopédistes, et trop âgé pour participer à l'expédition scientifique de la campagne d'Egypte notamment, par ailleurs célibataire sans enfant, a consacré toute sa vie à ses recherches. C'est un scientifique à l'œuvre remarquable par sa diversité. Inhumé au cimetière du Père-Lachaise, sa tombe est régulièrement fleurie par certaines sociétés de pharmaciens.

### Sources

- Article de Anne Muratori-Philip "Qui se souvient de Monsieur Parmentier ?" Sciences et Avenir – Hors-série octobre 2013.

- Wikipédia, articles "Antoine Parmentier" et "Histoire de la pomme de terre".

**Nota** - A l'occasion du bicentenaire de la mort de Parmentier, la Fondation Paris Descartes revisite sa carrière par une commémoration à la faculté de pharmacie.

# L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2014 DU COMITÉ RÉGIONAL



**L**e Comité d'Histoire Bourgogne Franche-Comté a tenu son assemblée générale annuelle le 19 mars 2014 à Dijon. Comme l'année précédente, le comité avait le plaisir d'accueillir Rolande Ruellan, présidente du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. La réunion a été précédée d'une conférence animée par Vincent Viet, historien, chargé de recherche au Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Sociétés (CRM3S). Le thème en était la politique de santé publique pendant la Grande Guerre. Tous les participants apprécèrent la richesse de l'intervention de Vincent Viet, et « ce devoir de mémoire, ce devoir d'histoire concernant cette période d'expérimentation de nouvelles pratiques et de nouveaux rapports entre l'Etat et la société », ainsi que Christophe Capuano l'exprima dans ses remerciements. Le débat qui suivit permit de prolonger la réflexion, confirmant tout l'intérêt manifesté par le public pour le sujet qui s'inscrit dans les commémorations du centième anniversaire du déclenchement de la Grande Guerre.

Après les applaudissements qui saluèrent l'intervention de Vincent Viet, Édouard Arredi remercia chaleureusement le comité régional et ouvrit l'assemblée générale. Cette réunion est l'occasion de passer en revue les moyens de l'association et ses activités, et de tracer les perspectives pour le court et moyen terme.

Avant d'aborder l'ordre du jour, Édouard Arredi invita Rolande Ruellan à exposer les projets du comité national. Déclarant avoir répondu avec plaisir à l'invitation, elle tint tout d'abord à féliciter les membres du comité régional pour leur dynamisme et la qualité de ses travaux. La sauvegarde de la mémoire des hommes et des femmes qui ont fait la Sécurité sociale, un engagement fort du Comité national.

## **La présidente du comité national poursuit**

« Outre le comité national, il existe quinze comités régionaux. Le comité national dispose de moyens limités. Il est animé par Mme Laroque, Secrétaire générale, Mme Desmet, elle-même, 1 salarié et 2 bénévoles. Le souhait du comité national est de moderniser les procédures. Des efforts restent à faire. Le fait qu'il ne soit pas possible d'embaucher est une préoccupation.

Les activités sont la production d'ouvrages et de diverses publications émanant de volontaires qui, selon son avis, sont trop peu nombreux. Je citerai le 2ème tome de M. Domin concernant une analyse rétrospective du développement hospitalier. Un ouvrage sur les régimes spéciaux de Sécurité sociale est en préparation.

Le comité national va procéder à une troisième campagne d'archives orales. Une campagne concernant 200 personnes avait été réalisée sur les années 1970 ; une autre campagne menée dans les années 2000 a concerné une vingtaine de personnes. Ces archives ne sont pas encore à la disposition des chercheurs. La troisième campagne s'étendra de 1990 à 2010. Cette activité est très coûteuse et

très chronophage.

À l'occasion de l'anniversaire de la guerre 1914/1918 un appel à communication a été lancé. Le conseil scientifique va bientôt se réunir. Il y aura une journée d'études suivie d'une publication. L'idée est d'obtenir des contributions originales sur des sujets nouveaux. Dès cette année, la préparation du 70ème anniversaire de la Sécurité sociale en 2015 devrait faire l'objet d'un travail avec le Ministère. Cet anniversaire devrait être l'occasion de mettre l'accent sur la protection sociale, la nécessité de la conserver, de la faire vivre. Il ne faut pas seulement regarder le passé mais se projeter aussi dans l'avenir du système, revaloriser l'idée de protection sociale, les valeurs de la Sécurité sociale ».

Rolande Ruellan conclut ses propos en énumérant divers projets d'amélioration nationaux :

- Examen des solutions des caisses quant au traitement du problème des archives. Mme Abadias enquête pour savoir si la circulaire de 2000 est bien appliquée, et les difficultés qu'elle soulève. Elle se rapproche des Archives départementales pour connaître leurs souhaits en la matière. Elle questionnera notamment le comité bourguignon.

- Site internet national : il faudrait l'améliorer. Chaque comité régional devait avoir une page mais chacun a créé son propre site et il semble préférable de faire des renvois vers les sites des comités régionaux. L'organisation est à revoir.

- Projet de créer une lettre numérique pour mieux faire connaître le comité national.

## **L'historien fouille les archives, enquête, étudie, cherche à comprendre des faits passés.**

Au titre du rapport moral, Édouard Arredi déclara, après avoir rappelé le but du comité régional :

- promouvoir et réaliser directement ou indirectement tous travaux et recherches, réunir toute documentation ayant un intérêt pour l'histoire de la Sécurité sociale ;

- apporter une aide au CHSS.  
*« Le maître mot est bien sûr "histoire" et il n'est pas inintéressant de rappeler que l'historien fouille les archives, enquête, étudie, cherche à comprendre des faits passés. L'étude du contexte social, économique et politique est primordiale. Il propose une interprétation équilibrée et justifiée par des sources ».*

C'est en s'appuyant sur ces aspects essentiels que le Comité d'histoire de Bourgogne Franche-Comté fonde ses activités. Celles-ci sont classées en cinq points : sauvegarder, organiser, rechercher, analyser, communiquer.

C'est animé par cette rigueur que le comité d'histoire apporte sa pierre, forcément modeste, à la connaissance de l'histoire de la protection sociale en régions Bourgogne et Franche-Comté. Puis le président du comité régional présenta les grandes lignes du rapport d'activité 2013.

La finalisation d'une seconde vague d'interviews pour enrichir le site internet du comité régional. Certains témoignages sont sous forme vidéo. Alors que les thématiques retenues pour la 1<sup>ère</sup> vague portaient sur les métiers de la Sécurité sociale, ce sont les domaines d'activités qui ont été cette fois privilégiés.

Elles sont disponibles sur le site depuis septembre 2013.

La participation au colloque portant sur les *Recherches-Actions Collaboratives* à Dijon en mai 2013 organisé par l'AIFRIS (Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Innovation Sociale). Voir par ailleurs l'article sur le sujet.

La conférence de Michel Chauvière, directeur de recherche émérite au CNRS CERSA intitulée, *1913-2013, un siècle de familialisation progressive et tumultueuse de la vie politique française*.

Une séance d'information des correspondants archives des caisses de Bourgogne et Franche-Comté co-animée par une responsable de la Direction des archives départementales de Saône-et-Loire, Janick Granger, et le responsable du Centre régional des archives historiques de la Sécurité sociale de Rhône-Alpes, M. Bruno Gourry.

### **Des projets ambitieux qui confortent le dynamisme du comité régional**

Reprenant les cinq points du rapport moral, Édouard Arredi présenta alors les orientations du comité pour les deux années à venir.

#### **Sauvegarder**

- poursuite de la démarche de sensibilisation des organismes à la conservation et au dépôt des archives historiques, en prenant en compte les conclusions des travaux que le comité national a entrepris de mener.



- enregistrement de nouveaux témoignages d'anciens acteurs de la sécurité sociale en commençant par le thème du recouvrement des cotisations.

#### **organiser**

- projet d'un nouveau site web pour mieux valoriser les témoignages existants et à venir, dans un double but :  
 . montrer comment le personnel des caisses s'est adapté aux évolutions de l'Institution Sécurité sociale au fil des décennies ;  
 . permettre aux chercheurs de réaliser leurs travaux à partir de diverses thématiques.

#### **rechercher**

- accompagnement des travaux de recherche d'un historien sur les contentieux liés aux troubles musculo-squelettiques (TMS) avant la reconnaissance au titre AT/MP.  
 - soutien d'étudiants engageant des travaux de recherche en lien avec les buts du comité.

#### **analyser**

- exploitation des témoignages audio et vidéo.

#### **communiquer**

- développement de la connaissance du comité d'histoire et de ses activités auprès des personnels des organismes.  
 - promotion du site web du comité auprès de ses publics : acteurs anciens et actuels de la protection sociale, chercheurs, étudiants, grand public.

Enfin, le trésorier Bernard Balanche présenta l'arrêté des comptes – qui avait été au préalable vérifié par le commissaire aux comptes - et le rapport financier 2013. A cette occasion, le comité s'interrogea à nouveau sur les conséquences en termes financiers de la tendance au regroupement d'organismes – les URSSAF actuellement – s'ajoutant au désengagement, qu'on souhaite provisoire, de certaines autres caisses.

Édouard Arredi

Du 27 au 29 mai à l'université de Bourgogne à Dijon

# Colloque de Dijon 2013

## Les recherches-actions collaboratives

Le comité Bourgogne Franche-Comté a participé en 2013 à un colloque international pluridisciplinaire et plurisectoriel portant sur les *recherches-actions collaboratives* (RAC). Certes, l'objet de ce colloque ne portait pas directement sur la protection sociale et son histoire mais, ayant choisi de communiquer sur le thème "*Travailler à la Sécurité sociale des années 1960 à nos jours. Une production de connaissances à partir des témoignages des acteurs de la Sécurité sociale de Bourgogne et de Franche-Comté*", les responsables du comité régional ont estimé que l'intérêt de participer reposait sur deux aspects.

D'abord la méthodologie mise en œuvre, il s'agit du recueil de la mémoire des anciens acteurs de la sécurité sociale. Ceci correspond à une véritable recherche coproduite par des enseignants-chercheurs et des acteurs de terrain. À cet égard, il apparaissait intéressant de s'informer sur l'état des lieux des RAC, les stratégies déployées, et confronter notre propre expérience à celle des autres participants. On notera qu'un organisme de sécurité sociale, la Caisse d'allocations familiales de Côte-d'Or, était partenaire de l'événement et présentait également une communication.

Aussi participer à un colloque scientifique, pluridisciplinaire et plurisectoriel contribue à mieux faire connaître le comité d'histoire de la sécurité sociale auprès de la communauté universitaire élargie de la région ; eu égard à la diversité des origines des participants (chercheur, sociologue, enseignant, formateur, doctorant, professionnel de santé, ingénieur, éducateur).

### **Voici le texte intégral de la communication présentée par Christophe Capuano et Edouard Arredi au colloque.**

"Cette Recherche action collaborative est le fruit d'une coopération à des fins de connaissance entre ceux qui mènent l'action (des acteurs ou anciens acteurs de la Sécurité sociale), désireux de laisser une trace de leurs parcours et expériences professionnelles, et ceux qui sont conduits à l'étudier (des enseignants-chercheurs académiques). Elle s'inscrit dans un cadre associatif, le comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne – Franche-Comté. Ce comité réfléchit aux différents modes de connaissances relevant de logiques diverses (liées elles-mêmes à la diversité des acteurs concernés) mais pouvant se combiner dans le cadre d'une RAC.

Cette *recherche-action collaborative* a pour objectif d'éclairer les évolutions du travail à la Sécurité sociale au cours des dernières décennies dans un cadre spatial déterminé, la Bourgogne et la Franche-Comté, et modifier la perception de l'institution par ses acteurs et le grand public.

### **Deux étapes ont marqué cette RAC de 2008 à 2013**

La première s'est inscrite dans le cadre d'un projet de recueil de témoignages, *mémoire vivante* d'acteurs de la Sécurité sociale, en vue de sonoriser le musée de l'Assurance maladie de Lormont (Gironde) par le biais d'audioguides. La seconde, encore en cours, vise à mener une vaste campagne d'entretiens réalisée auprès de ce même type d'acteurs pour toucher un public plus divers à l'aide d'un site internet.

### **Témoignages et audio-guides (2008-2010) - attirer un nouveau public au musée de la Sécurité sociale -**

Ce premier temps de la RAC a d'abord consisté à recueillir des témoignages en lien avec les attentes des responsables et

animateurs du musée de Lormont, avec lesquels une convention a été signée : il s'agit de s'adapter aux différentes thématiques traitées par le musée (la principale étant les métiers de la Sécurité sociale), mais aussi aux diverses étapes qui doivent rythmer la visite tout au long du parcours (la genèse de la protection sociale, le rôle du guichet, l'informatisation, etc.).

Le tout doit être clair, concis, accessible à tous et intéressant pour être inclus dans des audioguides. Le choix de quinze étapes, et de métiers qui les illustrent, est effectué de façon collégiale par les responsables du musée de Lormont et ceux du comité d'histoire de Bourgogne Franche-Comté.

L'ordonnement logique des différentes salles du musée permet de mettre en exergue nombre de métiers représentatifs de l'exercice professionnel au sein des organismes de Sécurité sociale, parmi lesquels : hôtesse d'accueil, décompteur de prestations, caissier, dactylographe, mécanographe, assistante sociale, directeur de caisse, notamment.

En revanche, la détermination du profil de chaque métier, la sélection des témoins, la construction des guides d'interviews, les entretiens avec les témoins, le traitement et la sélection des extraits de témoignages (quelques minutes seulement pouvant être encodées dans les audioguides) sont réalisés par les anciens acteurs de la Sécurité sociale et les universitaires dans le cadre du comité d'histoire de Bourgogne Franche-Comté et de ses membres.

Un autre travail accompli en commun a consisté à rédiger un texte présentant les diverses salles du musée et les grandes phases de l'évolution de la protection sociale. Pour chaque étape, le visiteur peut écouter ce récit et/ou le témoignage correspondant. L'enregistrement du récit et l'encodage sont réalisés par la société prestataire des audioguides et fournisseur du matériel (la société Orpheo). Parmi les textes de présentation, citons : le lien historique entre mutualité et sécurité sociale, les premières législations, l'ambiance de travail dans un centre de paiement, etc...

Cette expérience a été très riche même si certains obstacles ont dû être surmontés comme la coordination parfois compliquée avec les responsables du Musée, les délais impartis pour réaliser l'opération et la nécessité de ne retenir qu'une part infime de l'entretien – ce qui a pu être assez frustrant pour les différents partenaires. Cette sonorisation, inaugurée en grande pompe en 2010 à l'occasion des vingt ans du musée, a eu un impact réel : elle a déjà permis d'attirer un public de visiteurs (scolaires et grand public) plus nombreux et a insufflé une nouvelle dynamique au musée, ce qui paraît prometteur pour le long terme. Cette démarche collective a aussi montré tout l'intérêt d'un recueil de témoignages plus poussé sur des thématiques peu connues (par exemple la gestion d'un cabinet dentaire ou le rôle des administrateurs des caisses de Sécurité sociale).

### **Témoignages et site internet - enrichir la connaissance et modifier le regard sur la protection sociale (depuis 2010) -**

Trois types d'objectifs sont fixés à ce second temps de la RAC :

- permettre une production originale des savoirs sur la protection sociale et la rendre accessible ;
- faire prendre conscience aux acteurs de la Sécurité sociale de leur rôle joué au sein de leur institution ;
- changer le regard sur la protection sociale auprès du grand public.

Le choix a été fait d'élargir l'approche du travail à la Sécurité sociale en privilégiant certains angles, notamment celui des pratiques professionnelles, des champs spécifiques couverts (famille, santé, accidents, vieillesse) mais aussi les valeurs véhiculées depuis 60 ans (respect de la dignité de l'homme, solidarité nationale, justice sociale, générosité de la couverture...).

Les personnes ciblées pour les entretiens sont principalement les salariés de la Sécurité sociale (en retraite ou – plus rarement – en exercice, ainsi que d'anciens administrateurs) de Bourgogne Franche-Comté ayant occupé différents postes, et ayant réalisé l'essentiel de leur carrière à la Sécu. Les témoignages (enregistrés ou filmés) sont recueillis par leurs propres collègues (membres du comité d'histoire), bons connaisseurs de l'institution.

Pour rendre accessible ces témoignages et atteindre nos objectifs, il a été décidé de réaliser un site internet les présentant de manière organisée et attractive (dont ceux de la première vague réalisés pour les audioguides mais désormais en écoute in-extenso) : <http://travailler-securite-sociale.fr/>.

Le choix des rubriques du site, réalisé de manière collective.

Il s'est orienté vers une organisation en six axes :

- les valeurs de la Sécurité sociale (s'investir dans la Sécu, un travail pas comme les autres ?) ;
- l'organisation du travail et la professionnalisation ;
- le contact avec le public (travailler avec le public, la hantise du bureau de poste ?) ;
- l'adaptation aux nouvelles techniques et technologies ;
- la question de la difficulté des conditions de travail ;
- les défis de l'administration et de la gestion d'une caisse.

La réalisation matérielle du site et sa gestion sont confiés à la plateforme multimédia de l'université de Bourgogne, *La Passerelle* à Dijon. Les acteurs de ce service constituent de nouveaux partenaires avec lesquels nous travaillons depuis 2010.

Les objectifs sont-ils atteints aujourd'hui? En termes de production de connaissances, les résultats sont avancés. Cette production originale de savoirs a permis en effet d'appréhender d'une façon nouvelle les différents aspects du monde du travail à la Sécurité sociale des années 1960 jusqu'à nos jours. C'est un nouveau type de sociohistoire qui est expérimenté permettant d'éclairer "par le bas, à l'échelon territorial le rôle des acteurs locaux dans les évolutions de la Sécurité sociale et dans ses rapports au public. Surtout l'originalité des savoirs produits est en grande partie le fruit des interactions, notamment au moment de l'entretien, entre les intervieweurs, eux-mêmes anciens de la Sécu et les interviewés. Cela a permis de dépasser la distinction classique entre un ordre de connaissance associatif et un ordre de connaissance académique. Certains points – inspirés de la sociologie des organisations et dont certaines traces sont présentes dans les sources archivistiques – pourraient être encore approfondis comme l'analyse des relations sociales, parfois tendues, au sein de la hiérarchie (avec des directeurs autoritaires) ou à l'inverse l'étude des marges de manœuvre possibles des agents d'exécution. De ce point de vue, l'apport et le regard d'un sociologue du travail pourraient largement enrichir cette étude (les universitaires sont historiens, juristes ou économistes).

Un autre aspect positif de cette démarche, est la prise de conscience par les interviewés de leur action jouée au sein de l'institution et ses évolutions ; cela a aussi eu pour effet

d'amorcer chez ces personnes une réflexion sur la spécificité de la Sécurité sociale et les valeurs qu'elle incarne – fondatrices de notre pacte républicain – depuis le programme du Conseil national de la résistance de 1944 et leur adhésion à ces valeurs. Le travail préparatoire spontané réalisé en amont de leur intervention souligne aussi l'importance accordée à cette démarche par les témoins. Souvent, ces derniers vont au-delà des points qu'ont définis au préalable leurs collègues intervieweurs dans les guides d'audition. Ainsi, en laissant les témoins donner libre cours à leurs souvenirs, la RAC a pour effet d'élargir le champ des informations relatives aux domaines d'activités étudiées, ce qui enrichit les connaissances sur le travail dans les organismes et renforce la démarche. À écouter les témoins, on réalise – si besoin en était – combien leur vie professionnelle a compté pour eux. Ils sont fiers du travail effectué pendant leur carrière et conscients d'avoir apporté leur pierre à l'édification du service public qu'est la Sécurité sociale.

Leur identification à une branche de la Sécurité sociale et à leur caisse est également forte. C'est notamment le cas du témoin qui fait partager son expérience régionale en matière de gestion des risques en assurance maladie, avec pédagogie et enthousiasme, en montrant toute l'importance de maîtriser, dans l'équité, l'évolution des dépenses de la branche. Ce sont également deux anciens responsables de Caisse d'Allocations Familiales qui, pour l'un, s'est attaché à expliquer les évolutions de la politique familiale à l'échelon national en lien avec celles de la société française, et pour l'autre, à témoigner des efforts d'imagination, de négociation, de conviction qu'il fallait déployer sur le terrain afin de réussir au plan local la mise en œuvre de mesures concrètes en faveur des familles. Les efforts d'explicitation, les points de convergence et de divergence entre acteurs, au moment des entretiens, font également partie intégrante de ces savoirs. En effet, alors que la première série d'entretiens réalisée pour le musée de Lormont répondait à une problématique très ciblée (l'audioguidage), la nouvelle campagne de recueil de témoignages a une finalité plus pédagogique. L'activité est (encore) mieux replacée dans son contexte, les évolutions évoquées sont assorties d'une analyse de la part des témoins, de nature à expliciter des choix stratégiques de l'époque traitée. Les témoins, très bien informés du projet des animateurs du Comité d'histoire de Bourgogne Franche-Comté, se sentent investis d'une responsabilité dans la transmission de leur expérience et la mise à disposition de celle-ci auprès du grand public par le biais du site internet.

Un autre objectif de la RAC vise la transformation de la perception, souvent négative ou méconnue, de la Sécurité sociale et de ses métiers par le grand public. Il n'est pour l'instant que très partiellement atteint, le nombre de visiteurs mensuels stagnant à 600 visites par mois.

Plusieurs pistes sont actuellement poursuivies pour rendre la démarche plus attractive et le site plus visible :

- l'attrait de la vidéo et la construction de mini-documentaires combinant des entretiens filmés et des montages photographiques ;
- la refonte du site pour améliorer la navigation et l'enrichir au niveau notamment de l'iconographie ;
- la recherche de nouveaux partenariats et de liens URL avec d'autres acteurs sociaux poursuivant des objectifs similaires pour générer des flux internet plus importants.

# QUI A INVENTE LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE ?

Sexe - **2** pour les femmes - (voir ci-après !) - **1** -  
 Année de naissance - **44** -  
 Mois de naissance - **03** -

- **71** - Département de naissance  
 - **325** - Commune de naissance  
 - **003** - N° d'ordre registre d'état civil de la commune de naissance

Chacun d'entre nous connaît par cœur son numéro de Sécurité sociale et la signification de ses composantes.

Deux autres chiffres constituant une clé de contrôle a été ajoutée (ici : 43), obtenue en divisant les treize chiffres comme un nombre entier par 97. Le reste de la division sous-traité de 97 donne le chiffre clé (97 se trouve être le plus grand nombre premier en dessous de 100. Il a permis à la Sécurité Sociale d'établir une équation simple pour déterminer ses codes). Ce numéro national d'identification (NNI), constitue aujourd'hui le pivot de l'organisation de tous les fichiers du Régime Général. Il est, en outre, un élément déterminant du cryptage des données individuelles de Vital.

Toutefois, il a été écarté par les régimes spéciaux et particuliers, lesquels ont, pour la plupart, inventé des répertoires numériques spécifiques pour préserver leur identité, constituant un frein à leur absorption par le régime général. Aujourd'hui encore, ces spécificités perdurent et constituent une réelle difficulté pour les traitements communs de l'information, comme l'obligation de créer des logiciels de transposition pour quasiment chaque régime.

Je me permets de rappeler que l'Ordonnance du 4 octobre 1945 institue une « organisation de la Sécurité Sociale, destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent... »

Ce texte est confirmé par :

- la loi du 22 mai 1946 qui prévoit l'assujettissement obligatoire de tous les français résidant sur le territoire... ,
- la loi du 22 août 1946 qui accorde le bénéfice des allocations familiales à la quasi-totalité de la population,
- un troisième texte indique que l'assurance vieillesse devra être généralisée avant le 1 janvier 1947.

Ces lois consacrent le double principe de généralité et d'uniformité qui ne sera finalement (presque) réalisé que

grâce à la loi du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité Sociale.

Mais connaissez-vous l'inventeur de ce numéro et en quelles circonstances il a été créé ? Ce numéro a été créé en 1940 par René Carmille (1886 – 1945), sous l'occupation allemande, en vue d'organiser une mobilisation militaire clandestine. (cf. « Le grand cabinet des curiosités médicales » d'Eric Bouhier – Ed. Lepassage). Pionnier de l'utilisation administrative en France des machines mécanographiques à cartes perforées, il avait proposé dès 1934, pour faciliter la mobilisation militaire des classes d'âge successives, un numéro matricule destiné à être attribué aux garçons dès leur naissance et leur déclaration à l'Etat Civil.

Aux Pays-Bas, état non laïc, ce numéro avait déjà été mis en place quelques années avant la seconde guerre mondiale, en y ajoutant des détails discriminants : 1 pour les hommes, 2 pour les femmes, 3 pour les hommes juifs, 4 pour les femmes juives, 5 pour les hommes tziganes et 6 pour les femmes tziganes. Ce fut facile pour les troupes nazies d'envoyer en déportation la population batave juive et tzigane.

René CARMILLE s'est opposé à faire de même en France malgré la demande pressante du gouvernement de Vichy et des occupants allemands.

René CARMILLE a, dans le même temps institué un service national des statistiques (SNS) qui deviendra, en 1946, l'INSEE ! Comme on l'a vu plus haut, ses actions se sont toujours opposées aux ordres de Vichy et de la Gestapo, tout en feignant de travailler dans leur sens. Il est pourtant arrêté le 3 février 1944 à LYON avec son chef de cabinet Raymond Jaouen. Ils sont « interrogés » par Klaus Barbie, internés à Montluc puis envoyés à DACHAU où René CARMILLE est mort (du typhus) le 25 janvier 1945.

## Clin d'œil

En cette année 2014 de commémoration du déclenchement de la 1ère Guerre Mondiale et du Débarquement en Normandie, certains ont des idées originales pour participer à ce devoir de mémoire.

C'est ainsi qu'un couple de Picards, grands voyageurs à vélo, a décidé de réaliser un périple de 1100 kms sur les traces de la Grande Guerre. Les deux cyclistes ont prévu de traverser la Somme, de passer par Péronne, l'Aisne, le Chemin des Dames. Poursuivant leur route jusqu'à Berlin, ils rentreront en Picardie ... en train.

En Normandie, la Voie de la Liberté, qui relie Sainte-Mère-Eglise dans la Manche à Bastogne en Belgique, commémore l'avancée de la 3<sup>ème</sup> armée américaine du Général Patton. Et c'est en souvenir des soldats alliés qui sacrifièrent leur vie

au cours du Débarquement et de la Bataille de Normandie qu'une association de Périers (Manche) a organisé du 6 au 8 juin 2014 une randonnée cycliste sur les routes de la Voie de la Liberté. Cette manifestation, suivie par des cyclistes de 6 nations, a été labellisée « Evénement 70<sup>ème</sup> anniversaire ».

Edouard Arredi  
 Source :  
 Magazine  
 LE CYCLE  
 n° 448 –  
 juin 2014  
 (rubrique Régions)

